Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja: Ul. Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja: Ulica Sienna Nr. 14.

Ekspedycyja miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement. oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego

i

Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarni p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia p. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi: Rocznie	w Austryi 8 złr. 80 c.	w Król. Polskiém i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 16 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 8 „	„ 12 „
Kwartalnie	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 4 „	„ 6 „

Kraków, 21 października 1882. № 42. Rok XXI.

I. Z kliniki okulistycznéj prof. Dra Rydla.

Dwa rzadkie przypadki zapalenia siatkówki.

Podał Dr. E. Machek.

Obraz wziernikowy zapalenia siatkówki powstałego na tle kiły *(Retinitis diffusa syphilit.)* nie różni się wybitnemi oznakami od obrazu, jaki przedstawia zapalenie siatkówki powstałe z innych przyczyn. Chociaż więc zapalenie kiłowe siatkówki, ściśle wziąwszy, nie przedstawia obrazu charakterystycznego, to przecież są pewne cechy, z których, w największéj ilości przypadków, domyślać się możemy kiły jako przyczyny choroby. W takich przypadkach wykazać można w siatkówce zaćmienia, które najwybitniéj wzdłuż naczyń występują, niecałą siatkówkę, lecz tylko pojedyncze jéj odcinki zajmują albo szerokie smugi tworzą; wybroczyn prawie nie ma, żyły są miernie pokręcone i zgrubiałe, tarcza nerwu wzrokowego zaczerwieniona, wcale nie lub tylko lekko obrzmiała. Na tle kiły jednakże powstać może zapalenie siatkówki, które zupełnie odmienny obraz przedstawia. Do tych niewątpliwie rzedszych przypadków kiłowego zapalenia siatkówki zaliczamy: *a)* zapalenie z wielkiemi wybroczynami połączone często z rozwojem tkanki łącznéj w siatkówce (Liebreich, Kaempf, Schubert); *b) Retinitis albuminurica* powstała skutkiem zwyrodnienia skrobiowatego nerek na tle kiły (Alexander); *c) Retinitis pigmentosa*; *d) Chorioretinitis* i *e) Retinitis centralis recidiva* (Graefe). Z tego już wynika, że kiła może być przyczyną rozmaitych zmian chorobowych w siatkówce.

Pomiędzy przypadkami zapalenia siatkówki leczonemi w ostatnich latach w klinice okulistycznéj były dwa przypadki z tych rzadkich rodzajów, które z niejednego względu, jak to z toku rzeczy wyniknie, zasługują na ogłoszenie. Pierwszy, na tle kiły powstały, odznacza się wielkiemi wybroczynami zajmującemi dwa odcinki dna oka. Kazuistyka tych przypadków nie jest bogata, co już z tego wynika, że wyżéj podaliśmy wszystkich autorów, którzy podobne przypadki opisali. Drugi przypadek dotyczy *Retinitis centralis recidiva* Graefego z typowym przebiegiem choroby i charakterystycznym obrazem wziernikowym u chorego, który według wszelkiego prawdopodobieństwa kiły nie przebył ani nie odziedziczył. Graefe, który zresztą w pracy swojéj o téj chorobie (*Archiv f. Ophthalm.* XII, 2) kazuistyki nie przytacza, sądzi, iż *Retinitis centralis recidiva* powstaje tylko na tle kiły. Leber jednakże miał już pewne wątpliwości, czy rzecz się tak ma, jak Graefe sądzi i zastanawiając się nad tym rodzajem zapalenia siatkówki, dodaje: „że z powodu braku kazuistyki dotąd orzec trudno, czy tylko skutkiem kiły, lub téż także skutkiem innych jakich szkodliwości ta choroba powstać może“. (Leber: *Netzhautkrankheiten* 621). Oba przypadki ukończyły się wyleczeniem.

1. *Retinitis specifica haemorrhagica.*

Z. R., l. 23, fryzyjer z Tarnowa, został przyjęty 13 list. 1880 do kliniki stałéj. Wywiady wykazują, iż z daleka nigdy tak dobrze jak inni ludzie nie widział, z blizka zaś rozpoznawał prawém okiem najdrobniejsze przedmioty. Lewém okiem zawsze tak mało widział jak obecnie. Mając lat cztery zapadł, jak mu rodzice opowiadali, na zapalenie oczu, które z przerwami trwało aż do 13go roku. Pomimo upośledzonéj bystrości wzroku oka lewego wzięto go do wojska, gdzie przez dwa lata służył w artyleryi. Przed 3ma laty miał rzeżączkę, z któréj się w krótkim czasie wyleczył; przed rokiem powtórnie uległ téj chorobie, na którą i obecnie jeszcze cierpi a równocześnie miał wrzód twardy na napletku, cztery miesiące zaś późniéj dostał plam czerwonych porozrzucanych na całém ciele, które bez leczenia w krótkim czasie znikły nie pozostawiając żadnych śladów. Przed kilkoma tygodniami widział przez 3 dni jak przez mgłę, poczém się wzrok poprawił, zdaje mu się jednakże, iż tak dobrze jak dawniéj już nie widział. Przed 3ma dniami chory się zgniewał, wypił znaczną ilość wódki, kilka szklanek piwa i wiele krzyczał. Po

obiedzie spostrzegł, iż bardzo źle widzi, lekarz zapuścił mu krople do oka i odesłał go do kliniki okulistycznéj.

Badanie wykazuje, iż chory jest dobrze zbudowany, źle odżywiony, gruczoły pachwinowe i karkowe są obrzmiałe, twarde, niektóre mają wielkość orzechów laskowych. Na tułowiu i odnogach znajdują się ciemno-czerwone guzki, na napletku ciemna twarda blizna. Błona śluzowa gardła i miękkiego podniebienia rozpulchniona, zaczerwieniona, śluzem pokryta, na obrzmiałych migdałkach małe kłykciny, *ad anum* dwa małe guziczki sączące. Chorego badał także prof. Rosner, a rozpoznanie co do stanu ogólnego brzmiało: *Syphilis secundaria cutanea papulosa. Cicatrix indurat. praeputii. Pharyngitis syphilit. Polyadenitis inguinalis et nuchalis. Condylomata lata ad tonsillas et ad anum.* Mocz prawidłowy, wady sercowéj nie ma. Badanie oczu wykazuje prawidłowy stan części zewnętrznych, na rogówkach drobne plamy wchodzące tylko od dołu w obręb rozszerzonéj *ad maximum* źrenicy, skutkiem czego bystrości wzroku nie upośledzają. Krzywizna rogówki oka prawego prawidłowa, powierzchnia gładka, przodkowa komórka ma zwykłą głębokość, środki łamiące są czyste. Tarcza nerwu wzrokowego okrągła, zaczerwieniona, brzegi téjże dobrze odgraniczone, fizyjologiczne zagłębienie w środku téjże wyraźne, od zewnątrz otacza tarczę wązka obwódka twardówkowa. Siatkówka na około tarczy szarawo zaćmiona; zaćmienie sięga od dołu (obraz odwrotny) na 2 do 3 średnic tarczy nerwu wzrokowego ku obwodowi, od góry tak daleko, jak tylko wziernikiem dojrzeć można, w kierunku zaś ku plamce żółtéj prawie aż do téjże sama plamka żółta jednakże nie jest zajętą. Ku dołowi biegną dwie tętnice i dwie żyły. Pierwsze są prawidłowe, żyły zaś miernie rozszerzone i pokręcone. Ku górze idzie tylko jedna tętnica i jedna żyła, które to naczynia poza brzegiem tarczy dzielą się na skroniowe i nosowe (Magnus). Ta część siatkówki, która się pomiędzy rozgałęzieniem stopnia pierwszego górnych żył skroniowych i nosowych znachodzi i dwa wycinki dna oka tworzy, jest ciemno czerwona, krwią podbiegnięta. Wycinek górny i wewnętrzny w obrazie odwrotnym, a więc w rzeczywistości położony pod plamką żółtą i obejmujący ją wielkim łukiem, jest ciemniejszy. Na wycinku górno wewnętrznym możnaby mniéj więcéj 8 do 10 tarcz nerwu wzrokowego umieścić, a na zewnętrznym 3 do 4, co w przybliżeniu daje wyobrażenie o ich wielkości. Ku obwodowi ciemno-czerwone zabarwienie ustępuje coraz bledszemu, a wreszcie na samym obwodzie można widzieć prawidłową naczyniówkę. Przy dokładném badaniu w obrazie prostym pokazuje się, że krwią podbiegnięte wycinki powstają z gromad mniejszych plam i punktów o rozmaitéj grubości, co ztąd wnosić można, że jedne są ciemniejsze a drugie jaśniejsze. Kształt ich jest rozmaity, okrągławy, nieregularny. Wreszcie można rozpoznać, że nie wszystkie plamki i punkta w téj saméj znajdują się płaszczyźnie, lecz częściowo się zasłaniają i przykrywają. Poza obszarami, które krwią podbiegły, można wykryć jeszcze kilka okrągławych wybroczyn, które na żyłach jak owoce na szypułkach wiszą. Tętnice są prawidłowe; wzdłuż żyły przebiegającéj (w obrazie odwrotnym) ku górze i wzdłuż jéj rozgałęzień widać dość szerokie białe smugi (*perivasculitis*); to samo, chociaż w niższym stopniu, wzdłuż żył dolnéj połowy dna oka. Tętnienie żyły wyraźne. Bystrość wzroku upośledzona do $^6/_{60}$ (palce) za pomocą — 1,25 D S $^6/_{36}$?; w pobliżu Nru 11 Jaegera z trudnością. Pole widzenia prawidłowe.

Na lewém oku astygmatyzm, zresztą dno oka prawidłowe. Za pomocą odpowiednich szkieł widzi S$^6/_{24}$? i czyta Nr. 5 Jaegera z trudnością. Chory, jak już wspomnieliśmy, tém okiem nigdy lepiéj nie widział. Zapewne skutkiem niezborności powstało niedowidzenie niższego stopnia.

Rozpoznanie opiewało: *Retinitis specifica haemorrhag. oc. d.* Zalecono *ung. ciner. 3,0* dziennie, pobyt w ciemnym pokoju, gorzką wodę, płukanie ust itd. Po siedmiu wcieraniach krew wessała się w tym stopniu, iż odcinek położony od plamki żółtéj stał się szarawo-czerwonym, wycinek zaś pod plamką żółtą położony podczas przyjęcia ciemno-czerwony, obecnie szaro-niebieskawo wyglądał. Najwięcéj krwi wessało się w środkowéj części obu wycinków; części te przedstawiały się teraz jakby jaśniejsze klinowate plamy na ciemném klinowatém dnie wycinków. Najwięcéj krwi pozostało przy brzegu pierwotnie krwią nacieklej części siatkówki, a więc wzdłuż grubszych żył. Wybroczyny znajdujące się na obwodzie wessały się w tym krótkim czasie bez śladu. Naczynia teraz wyraźnie widzieć można było od ich wystąpienia na tarczy aż ku najdrobniejszym rozgałęzieniom na obwodzie. Tętnice były prawidłowe, żyły grubsze miernie pokręcone, wzdłuż nich widać, jak już wyżéj wspomnieliśmy, białe smugi. Żyły nie są poprzerywane lub miejscami zwężone, ani wreszcie nie przedstawiają się wzdłuż swojego przebiegu w postaci białych nitek. Chory czytał z łatwością Nr. 1 Jaegera, a za pomocą szkła wklęsłego (1 Dpt.) miał prawidłową bystrość wzroku (S $^6/_6$). Utraty w polu widzenia nie było. Gdy się chory przekonał, że dobrze widzi, oświadczył, iż nie chcąc stracić intratnéj posady fryzyjerskiéj jaką zajmuje, ma zamiar opuścić klinikę. Zalecono mu ciemne okulary i roztwór jodku potasu do wewnętrznego użytku. Kilka miesięcy późniéj chory zgłosił się do kliniki. Bystrość wzroku była prawidłowa, pokręcenie żył bardzo nieznaczne, krew wessała się bez śladu, białych smug wzdłuż naczyń nie można było wykazać.

Wystąpienie wybroczyn w pewnych tylko wycinkach siatkówki, które napotykamy w przypadkach kiłowego zapalenia téjże, każe nam się zastanowić nad przyczyną tego zjawiska. Zapewne, że mikroskop przyczyniłby się najlepiéj do wyjaśnienia zmian patologicznych, jakie tu miejsce mieć muszą. Zważywszy jednak, że chorzy na kiłowe zapalenie siatkówki nie umierają, że zapewne długo czekać będziemy, zanim przypadek nagłéj śmierci z jakiéj innéj przyczyny dostarczy materyjału do badań drobnowidowych, nie od rzeczy będzie, jeżeli na podstawie znanych danych anatomicznych i opierając się przytém na spostrzeżeniach klinicznych zastanowimy się bliżéj nad przyczyną tych zmian.

(Ciąg dalszy nastąpi).

II. Krytyczne uwagi nad dwoma pomyślnemi przypadkami trepanacyi czaszki.

Podał
Dr. Alfred Obaliński,
Docent Chirurgii w Uniw. Jagiell. i Prymaryjusz w szpitalu św. Łazarza.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 41).

Mając więc tak ścisłe wskazania przystąpiłem natychmiast do trepanacyi.

Po ogoleniu całéj głowy i dokładném oczyszczeniu mydłem i karbolem zachloroformowano chorego. Celem odsłonięcia kości ciemieniowéj lewéj wykonano trzy cięcia w prze-

biegu owych trzech promienisto się rozchodzących blizn, każde długości 4cm. Po odpreparowaniu skóry wraz z okostną widać w miejscu zagłębionem kawałek kości kształtu fasoli połączony z resztą kości za pomocą kostniny. Krążek kostny wielkości czterocentówki wypiłowano za pomocą trefiny i znaleziono na jego wewnętrznéj powierzchni nieznaczne wypuklenie odpowiadające owéj bliźnie kostnéj od zewnątrz jako zagłębienie się przedstawiającéj; żadnego zaś w głąb sterczącego odszczepu nie znaleziono.

Twardówka wejrzenia prawidłowego, nigdzie nienaruszona, przy dotyku nieznacznie chełbocze, nie tętni i wypukla się w otwór trepanacyjny. Już te dwa ostatnie objawy potwierdzały mi obecność płynu ograniczonego pod twardówką, jednak dla większéj pewności wykonano punkcyję eksploracyjną za pomocą strzykawki Pravaza lecz bezskutecznie; dopiero po kilkakrotném nakłóciu twardówki bisturem na 1cm. w głąb mózgu, pokazała się ciecz mętno-żółtawa, któréj po dokładném rozcięciu twardówki wypuszczono około łyżki wraz z resztkami zniszczonego mózgu. Jamę, która okazywała ściany gładkie i wielkość sporego orzecha włoskiego wypłukano tymolem (1 : 1000), włożono w nią dren, brzegi rany skórnéj zespojono szwami katgutowemi a na całą głowę założono opatrunek antyseptyczny karbolowy.

Chory czuje się po operacyi bardzo osłabionym; około godziny 5éj po południu popada w senność i bezprzytomność; ciepłota wieczorna 37,4° tętno 100.

15/6. Rano 39,4—84. Z powodu znacznego przesiąknięcia krwawo-surowiczego zmieniono opatrunek, przyczém ranę przepłukano roztworem tymolu przez dren. Chory tylko chwilami ocuca się z nieprzytomności. W. 38,6—92.

16/6. r. 38°—84. w. 38,6—100. Śpiączka trwa daléj; w nocy majaczenia.

17/6. z. 38,4—88, w. 39°—96. Do poprzednich przypadów przystąpiło jeszcze zatrzymanie moczu i dobrowolne oddawanie kału.

18/6. r. 38,4—92. w. 38,6—96. Chory przytomniejszy czuje się trochę lepiéj. Przykurczenie ręki, które było przedtém na kilka dni ustąpiło znów powróciło. Mocz znowu oddaje sam.

19/6. r. 38,4—96. w. 38,8—104. Zmieniono opatrunek, wydzieliny z rany bardzo mało. Chory przytomny, czuje się lepiéj, opowiada że głowa teraz zupełnie wolna, że nie ma tego bólu i gniecenia jak przedtém. Kontraktura ręki jeszcze wybitniejsza niż dawniéj. Ból w kolanie nogi porażonéj.

21/6. r. 38,4—108, w. 39,6—112. Z nowych przypadów zauważano, że kontraktura ręki ustępuje a natomiast na nodze porażonéj coraz wybitniéj się pojawia. Odleżyna na kości krzyżowéj po stronie porażonéj.

26/6. Ciepłota między 38,2 a 39,2. Opatrunek zmienia się co kilka dni; rana wygląda dobrze, wydziela mało. Po stronie porażonéj ciepłota o kilka dziesiętnych zawsze wyższa niż po stronie zdrowéj. Porażenie w twarzy już bardzo nieznaczne. Ręką i przedramieniem zaczyna wykonywać ruchy.

29/6. Od dzisiaj zaczyna ruszać i palcami u nogi. Ciepłota ciała zawsze utrzymuje się powyżéj 38°.

Odtąd stan chorego z każdym dniem się polepszał. Ruchy tak ręką jak i nogą wykonywa coraz lepiéj. W dniu 12go lipca usunięto opatrunek, gdyż rana się zupełnie zagoiła. Dnia 14go lipca przeniesiono chorego do szpitala św. Łazarza. Już na dzień przed przeniesieniem zaczął się chory skarżyć na bóle w lędźwiach, które w szpitalu jeszcze bardziéj się wzmogły i na nogę porażoną się rozszerzyły. Bańki w tém miejscu postawione sprawiły chwilową ulgę, lecz na drugi dzień wróciły bóle do dawnego natężenia, w którém trwały dni kilkanaście, poczém zaczęły słabnąć, aż wreszcie zupełnie ustąpiły. Odtąd zaczął G. siadać, późniéj stawać przy łóżku, aż w końcu chodzić o kulach. W dniu 22go sierpnia opuścił szpital z raną zupełnie zagojoną, umysłem swobodnym, zadowolony i wdzięczny; chodzić mógł nawet i bez laski, chociaż jeszcze nie bardzo pewnie.

Tak więc widzimy, że przez opróżnienie owego ogniska drogą operacyjną osiągnęliśmy stosunkowo w krótkim czasie powrót do zdrowia, wątpić bowiem należy, czy bez operacyi doszłoby do tego rezultatu nawet w dłuższym przeciągu czasu; nadto ustąpiły zaraz owe męczące bóle głowy, które kto wie czy nie były zapowiedzią rozszerzania się saméj sprawy a więc i możliwego niebezpieczeństwa, o którém już wyżéj wspominaliśmy.

Daléj przekonaliśmy się, że w obec ścisłéj antyseptyki nie budzi sam akt operacyjny tak znacznéj obawy, bo jakkolwiek odczyn był w obecnym przypadku dosyć znacznym, to jednak trzeba się tutaj liczyć z tém, że nie mieliśmy ze świeżym lecz starym przypadkiem do czynienia, że w jamie czaszkowéj nie da się oczyszczenie tak dokładnie przeprowadzić, jak to jest wskazaném w innych częściach ciała.

Czy ognisko owo było ropniem, lub téż rozmiękczeniem żółtém, trudno mi jest orzec nawet po naoczném przekonaniu się, chociaż ostatnie zdaje mi się być prawdopodobniejszém, raz, że nie znaleźliśmy czystéj ropy, lecz płyn mętnawy nie bardzo ciekły i ze strzępkami mózgu pomięszany, a powtóre, że i brak gorączki przed operacyją więcéj za przeobrażeniem żółtém przemawiać się zdaje.

Teraz wypada mi zastanowić się jeszcze nad niektóremi w niniejszym przypadku postrzeganemi objawami.

Przedewszystkiem nie było tu bezmówności pomimo, że obrażenie było po stronie lewéj, pochodzi to ztąd, że ognisko znachodziło się wysoko i więcéj za bruzdą środkową czyli Rolandową, więc téż tylko w części dotykało ośrodka dla nerwu twarzowego a wcale nie mogło wpływać na ośrodek mowy, który leży niżéj i więcéj ku przodowi od poprzedniego.

Daléj stwierdziliśmy tutaj spostrzeżenia Eulenberga i Landoisa poczynione na psach a poparte przez Hitziga, że w okolicy ośrodka ruchowego dla odnóg dolnych znachodzi się i ośrodek dla ciepłoty, którego zniszczenie sprawia podwyższenie się ciepłoty przeciwległéj połowy ciała. W naszym przypadku mieliśmy różnice od 0,2—0,6 dochodzące, które naturalnie ustąpiły po wyrównaniu się całéj sprawy.

Obok porażenia połowiczego zauważyliśmy także i przykurczenie mięśni a raczéj naprężenia tychże (*spasmus*). Objaw ten jest autorom od dawna znany i różnie był przez różnych tłumaczony. Bergmann w drugiém wydaniu swego dzieła o obrażeniach czaszki nie podaje nam żadnego wyjaśnienia, wspomina tylko o usiłowaniach Ferriera wytłumaczenia tego objawu przez drażnienie drogą włókien Flechsiga wprost od istoty korowéj do rdzenia dążących; jakoteż o teoryi Dureta, który stan ten od podrażnienia nerwów twardówki wywodzi. Wyznać muszę szczerze, że żadne z tych wyjaśnień mnie nie zadowala a przykurczenia stałe (*contracturae*), które Charcot wywodzi

od zwyrodnienia powrózków bocznych (*paralysis spinalis spastica* Erba), tu wcale miejsca nie mają, boć jak to w naszym przypadku najlepiéj widzimy, naprężenia owe mięśni z powrotem czynności członków zupełnie ustępują. Najwięcéj do mego przekonania przemawia wyjaśnienie, które dał Lion (w *Ztschrift f. klin. Med.*, II, 2) twierdząc, że skutkiem uszkodzenia drogi korowo-mięśniowe poniżéj miejsca uszkodzonego ulegają zwyrodnieniu, czego następstwem ma być popadnięcie komórek zwojowych przednich rogów w stan większéj pobudliwości i pobudzenia, z których pierwsza objawia się wzmocnionemi odruchami ścięgnistemi a ostatnie napięciem mięśni i ich przykurczeniem. Włókna nerwowe przychodzące od ośrodków psychomotorycznych kory mózgowéj uważać należy za hamujące, gdy więc ich działalność zostanie usuniętą przez zniszczenie ośrodka, natenczas ośrodki odruchowe biorą przewagę i sprowadzają owo napięcie mięśni. Że podczas narkozy chloroformowéj objaw ten ginie, jak to miało miejsce i w naszym przypadku, okoliczność ta témbardziéj za tą teoryją przemawia, albowiem wiadomą jest rzeczą, że chloroform niszczy czynność odruchową. Jeszcze jeden szczegół za takiém tłumaczeniem przemawia, mianowicie ten, że tylko ogniska w saméj korze mózgowéj usadowione ten objaw za sobą pociągają, nie zaś takie, których siedzibą jest okolica między lub w samych głównych zwojach mózgowych (*corp. striatum* itd.) podczas gdy kora mózgowa pozostała nienaruszoną. Pochodzi to ztąd, że w drugim razie pozostają jeszcze włókna Flechsiga, nie przez owe zwoje lecz wprost od kory mózgowéj do rdzenia zdążające, i te to włókna mogą działać na zwoje odruchowe jako hamulec. Bergmann wiedział o tym doniosłym fakcie, tylko nie umiał sobie tego wytłumaczyć, jak o tém jego własne słowa świadczą: *Wie nun auch die Thatsache gedeutet werden mag, sie ist an sich für die Diagnose wichtig, um so wichtiger, als den Hemiplegieen durch Blutergüsse in und um das Corpus striatum diese frühzeitige Starre gewöhnlich fehlt.* Teoryja ta tłumaczy nam także, dla czego wraz z powrotem ruchów i owe stężenia ustają. (Dok. nast.)

III. O wycinaniu odźwiernika.

Wykład kliniczny.
Podał **Dr. Rydygier.**
(Dokończenie. Patrz Nr. 41).

Wycięcia odźwiernika we wrzodzie żołądka.

22) Rydygier (Przegl. Lek. 1881, Nr. 50 i *Berl. klin. Wochenschrift* 1882, Nr. 3).—Kobieta l. 30.—Operowana 21 listopada 1881. — Wskazanie: Wrzód zwężający światło odźwiernika znajdujący się na tylnéj jego ścianie. — Cięcie w smudze białéj poniżéj i powyżéj pępka 10 cm. długie. — Na żołądek założyłem swoje elastyczne uciskadła, z dwunastnicy musiałem je zdjąć dla osobliwszych miejscowych przyczyn (cfr. l. c.)—Długość wyciętego kawałka w środku $1^1/_2$ cm., w tyle 5 cm. Zrosty z trzustką, z której część musiałem też wyciąć.—Wyrównanie różnicy świateł przez płatowe wycięcie tylnéj ściany dwunastnicy. — 32 wewnętrznych, a 29 zewnętrznych szwów Czernego; tylny rząd wewnętrznych od wewnątrz zakładałem i na wewnątrz wiązałem. — Szyto katgutem. — Operacyja trwała $3^1/_2$ godziny. — Przebieg pomyślny. Dnia 6go pierwszy stolec. Wyzdrowienie w 20 dni po operacyi. Po 7 miesiącach chora bardzo dobrze odżywiona jest w 5 miesiącu ciąży.

23) Lauenstein (*Centralblatt f. Chirurgie* 1882, Nr. 9).—Kobieta l. 34.—Operowana 3 stycznia 1882. —Wskazanie: Guz wielkości pięści, który początkowo uważano za raka, później okazało się, iż były to zgrubienia bliznowate i zrosty.— Cięcie w smudze białéj. — Tymczasowa podwiązka na dwunastnicy, a ucisk ręczny na żołądek po otworzeniu tegoż przy odźwierniku i wypłukaniu.—Długość wyciętego kawałka przy wielkiéj krzywiźnie 15 cm., przy małéj 10 cm. Znaczne zrosty tylnéj ściany z więzadłem żołądko-okrężnicowém.—Wyrównanie różnicy świateł przez szew zwężający górną część światła żołądkowego. Dwunastnicę przyszyto do wielkiéj krzywizny. — 13 szwów zwężających, łączących. Szew błony śluzowéj i szew Czernego, którego wewnętrzny rząd na tylnéj ścianie od wewnątrz zakładano.—Szyto katgutem Kochera —Operacyja trwała 5 godzin.—Przebieg w pierwszych 6 dniach pomyślny; potem bóle w żywocie; ciepłota i ilość tętna się wzmaga. Śmierć 7go dnia po operacyi. Badanie zwłok: Gangrena okrężnicy poprzecznéj.

Dodatek II.

Krótki opis częściowych wycięć trzustki dokonanych na psach.

1) Doświadczenie. Dnia 28 lutego rb. operowaliśmy małą czarną suczkę, któréj przed kilku miesiącami wycięliśmy odźwiernik. Ściśle przestrzegaliśmy sposobu Listera tak w tym przypadku jako i w następujących; zaniechaliśmy tylko sprayu.

Cięcie brzuszne zrobiliśmy w smudze białéj około 7 cm. długie; obrąbienie otrzewny do brzegów rany brzusznéj. Pęcherz żółciowy i wątroba zrośnięte z blizną żołądko-dwunastnicową; wydobycie trzustki utrudnione. Wycięliśmy kawałek z całéj jéj grubości 2 cm. długi, podwiązawszy poprzednio po stronach tegoż trzustkę jedwabiem. Resztę trzustki pozostawionéj ugniotliśmy na kilku miejscach kleszczykami. Zaszycie jamy brzusznéj; opatrunek jodoformowo-listerowski. Dnia 9 marca znaleźliśmy psa nieżywego. Rana ścian brzusznych zupełnie zlepiona z wyjątkiem górnego kąta; zapalenie otrzewny posocznicze; zrosty liczne pętli jelitowych; w okolicy trzustki wszystkie części zgniłe i posoką przesiąknięte; płyn posokowaty w jamie brzusznéj.

2) Doświadczenie. Dnia 3 marca rb. operowaliśmy pstrego psa średniéj wielkości. Cięcie brzuszne w smudze białéj. Wycięcie odźwiernika zwyczajnym sposobem; do wewnętrznego rzędu szwów użyliśmy szwu kuśnierskiego, do zewnętrznego szwu Madelunga. Prócz tego wycięcie kawałka trzustki z całéj grubości 4 cm. długiego po poprzedniém obustronném podwiązaniu; pozostawione części trzustki tak samo ugniecono, jak w poprzedniém doświadczeniu. Zeszycie rany brzusznéj; opatrunek. Na drugi dzień w południe pies nie żyje. Wieczorem zrobiliśmy obdukcyję: Przyczyną śmierci i w tym przypadku zapalenie otrzewny posokowate; szew żołądko-dwunastnicowy zupełnie szczelnie łączy odcinki; zresztą stan podobny, jak w poprzedniém doświadczeniu, tylko zgnilizna jeszcze tak daleko się nie posunęła.

3) Doświadczenie. Dnia 8 marca rb. wycinamy suczce odźwiernik z wielkim kawałkiem dwunastnicy razem z kawałkiem od głowy trzustki, ale nie przez całą grubość; pozostawione części trzustki umyślnie ugniatamy kleszczykami. Pies żyje.

4) Doświadczenie. Wycięty kawał trzustki częściowo zmiażdżony, który podczas operacyi leżał w karbolu, przeszczepiamy w jamę brzuszną wielkiemu żółtemu psu. Pies wcale nie choruje i żyje dotychczas.

5) Doświadczenie. Dnia 26 kwietnia rb. podwiązu-

jemy żółtemu średniéj wielkości psu małą część głowy trzustki i ugniatamy ją kleszczykami, ale nie odcinamy, daléj wycinamy ze środka gruczołu przez całą jego grubość kawałek $2\frac{1}{2}$ cm. długi w sposób używany przy poprzednich doświadczeniach, nadto i resztę pozostawionéj trzustki ugniatamy kleszczykami, w kilku miejscach. Pies zdechł 3 dnia po operacyi. Przyczyna śmierci: zapalenie otrzewny posokowate; zresztą stan podobny do stanu w 1 i 2 doświadczeniu.

6) Doświadczenie. Wycięty i pognieciony kawałek przeszczepiamy temu samemu psu, któregośmy użyli do 4go doświadczenia, do jamy brzusznéj pod wątrobę bez poprzedniego obmycia kwasem karbolowym. Pies pozostaje zupełnie zdrowym.

7) Doświadczenie. Dnia 20 maja wycinamy siwemu psu kawał trzustki ze środka gruczołu 5 cm. długi z całéj grubości. Pozostawionych części nie ugniatamy. Nadto przeszczepiamy część co dopiero wyciętego kawałka trzustki temuż psu do jamy brzusznéj.

Po 4 dniach pies zdycha z zapalenia otrzewny posokowatego. W jamie brzusznéj średnia ilość posoki;je lita niepołyskujące, przekrwione, pokryte włóknikiem; okolica trzustki zgniła, przesiąknięta gęstą ropą; gęsta ropa także w wielkiéj sieci; wszystko pod palcami się rozrywa.

8) Doświadczenie. Wielkiéj, ciemno-żółtéj suce wycinamy ze środka trzustki przez całą jéj grubość kawałek 8 cm. długi; pozostawionych części nie ugniatamy. Pies kilka dni choruje, potém atoli przychodzi powoli do siebie i żyje. Dnia 18 lipca rb. zabijamy sukę, żeby zbadać stan naokoło wyciętego miejsca. Kilka pętli jelit ze sobą zlepionych; w miejscu wyciętego kawałka blizna; część ogonowa trzustki grubo-ziarnista, jakby zanikła.

9) Doświadczenie. Dnia 20 czerwca rb. podwiązujemy i wycinamy małéj czarnéj suczce 2 małe kawałki od głowy trzustki. Pies potém wcale nie choruje i pozostaje przy życiu.

10) Doświadczenie. Dnia 15 lipca rb. wycinamy średniemu, pstremu psu kawał z trzustki 6 cm. długi z całéj grubości średniéj części gruczołu. Postępowanie jak zwykle, pozostawionych części nie ugniatamy.

Szóstego dnia po operacyi zabijamy psa, żeby się przekonać o stanie naokoło wyciętego kawałka w tym okresie leczenia. Spisujemy następujący wywód oględzin: Rana brzuszna niemal zupełnie zagojona, sieć z nią zrośnięta. W jamie brzusznéj kilka łyżek stołowych mętnego, surowiczo-krwawego płynu; otrzewna jelit bez połysku; w miejscu wycięcia ropień napełniony kilku kroplami gęstawéj ropy, w któréj pływają podwiązki jedwabne; zresztą trzustka niezmieniona znacznie.

11) Doświadczenie. Tegoż samego dnia operuje kol. asystent Dr. Alkiewicz małą czarną suczkę w ten sam sposób, jak w poprzedniém doświadczeniu. 6go dnia po operacyi zabijamy i tego psa i znajdujemy stan zupełnie podobny do poprzedniego, tylko w tym przypadku nagromadziło się mniéj płynu. Przednią, resp. górną, ścianę ropnia tworzy dolna powierzchnia prawego płatu wątroby; w tém miejscu nastąpił rozpad tkanki wątroby.

IV. Oceny i sprawozdania.

Beiträge zur Biologie als Festgabe dem Anatomen und Physiologen Th. L. W. von Bischoff zum 50-jährigen medizinischen Doctorjubiläum gewidmet von seinen Schülern. Stuttgart. 1882, 349, str. 13, t. 8 drzeworyt.

(Dokończenie. Patrz Nr. 41).

Prof. J. Bauer (Monachijum): O odróżnieniu zapalenia płuc krupowego od miąższowego. Pierwszy Babel wystąpił ze zdaniem, że zapalenie płuc które poprzedza tak zwaną *Phthisis florida*, nigdy nie jest, w ścisłém tego słowa znaczeniu, *Pneumonia crouposa*, lecz tylko *desquammativa* lub *parenchymatosa*. *Pneumonia desquammativa lobularis acuta* może przebiegać wśród tych samych objawów jak krupowa, przy sekcyi jednak rozpoznanie jest łatwém. Czyż więc nie ma sposobu odróżnienia za życia *Pneumonia crouposa* od *desquammativa*? Według Buhla głównym, a może jedynym, momentem odróżniającym te dwie choroby jest obraz drobnowidowy plwocin, — albowiem tylko w *Pneumonia desquammativa* znajduje się tak licznie przybłonek z pęcherzyków płucnych, ropy zaś, śluzu i włóknika brak. Czém choroba trwa dłużéj, tém więcéj, zdaniem Buhla, występuje zwyrodnienie tłuszczowe i nagromadzenie barwika w komórkach przybłonkowych, tém więcéj także ukazuje się zwyrodnienie myelinowe. Jako dalszą oznakę przytacza Buhl rozplemianie się jąder i występowanie młodych komórek, z czego wnosi, że tu ma miejsce bujanie komórek. Te jednak oznaki, podane przez Buhla, nie mogą być zawsze rozstrzygającemi. Dla tego Bauer podaje jeszcze następujące spostrzeżenia, mogące posłużyć do rozróżnienia obu stanów. W zapaleniach płuc, dających początek suchotom, nie widać zazwyczaj téj typowości odpowiedniéj zapaleniu płuc dławcowemu. Zazwyczaj widocznemi są pewne zboczenia od przebiegu normalnego. Daléj wypełnienie pęcherzyków, zagęszczenie miąższu płuca aż do zupełnego braku powietrza, odbywa się tutaj o wiele wolniéj niż w zapaleniu dławcowém, stłumienie po nad częścią zapaleniem dotkniętą o wiele wolniéj się wzmaga, a szczególniéj liczne rzężenia trzeszczące utrzymują się długi czas (kilka tygodni) w jednakowym stopniu, zanim w tém miejscu wystąpi oddech oskrzelowy. Trzeszczenie to trwa (szczególniéj *crepitatio ind.*) w zapaleniu dławcowém zwykle tylko czas krótki. Dłużéj się utrzymuje w téj ostatniéj — tylko w *stadium resolutionis*, ale go tutaj łatwo już odróżnić, porównywając cały kompleks objawów chorobowych. Obok obfitych trzeszczeń można słyszeć także drobno- i średniobańkowe rzężenia, a jeżeli zgęszczenie miąższu daléj postąpiło, występuje to, co Jürgensen nazywa *cirrhotisches Knacken*.

Po przytoczeniu zajmującéj historyi choroby dochodzi autor do wniosku, że się zdarzają ostre zapalenia płuc przechodzące w induracyję lub zserowacenie, wywołujące objawy podobne do zapalenia płuc krupowego, które jednak zawsze już dość wcześnie odróżniają się mniéj lub więcéj wybitnemi objawami od tego ostatniego. Wypocina krupowa nigdy nie potrzebuje tygodnia do ukończenia hepatyzacyi, to więc odróżnia zapalenie krupowe od miąższowego. Inaczéj się rzecz ma z wessaniem w zapaleniu krupowém, które może trwać długo (Leyden). Zawsze jednak pozostawia nacieki płucne, kończące się stwardnieniem i zserowaceniem, we wczesnych swych okresach nader trudnemi do rozpoznania. Również nie zawsze można odróżnić zapalenie krupowe z przebiegiem nieregularnym lub zwolna postępującém wessaniem od zapalenia miąższowego. W końcu należy zwrócić uwagę, że zapalenie krupowe wydarza się także w suchotach płucnych, i że tym sposobem przyspiesza dalsze rozszerzanie się téj choroby (od str. 264 do 270).

Prof. O. Bollinger (Monachijum): O dziedziczności chorób. Bollingera rozprawa daje się streścić w następujących słowach: 1) Dziedziczność różnych procesów chorobowych jest całkiem podobną do dziedziczności

fizyjologicznéj własności budowy i czynności. 2) Pomiędzy chorobami dziedzicznemi zajmują pierwsze miejsce choroby ogólne, sprawy patologiczne, dotyczące całego ustroju: gruźlica, kiła, usposobienie newropatyczne. Im choroby te głębiéj są zakorzenione u jednego z rodziców, tém pewniejszém jest, że je odziedziczą potomkowie. Choroby zakaźne mogą w znacznéj części przejść z matki na płód (*conceptionelle und intrauterine Uebertragung*). Z chorób pojedyńczych narządów najwięcéj dziedzicznemi są *haemophilia* i barwoślep. Obydwie te choroby są według zasady dziedziczne z ominięciem osób płci żeńskiéj. 3) W wielu przypadkach występuje dziedziczność tylko częściowa. Choroby pewne dziedziczne rodziców są przyczyną u potomków tylko pewnych innych, od pierwotnéj choroby różnych, zboczeń ogólnych np. słabowitéj, delikatnéj konstytucyi, anemii, zołzów, drażliwości nerwowéj itp. 4) Stan chorobowy przejściowy, z wyjątkiem alkoholizmu, jest w czasie płodzenia bez szczególniejszego wpływu na potomstwo. Alkoholizm, tak ostry jak chroniczny, jest często powodem zboczeń dziedzicznych w sferze narządu nerwowego. 5) Dziedziczność chorób jest albo pośrednia albo bezpośrednia. W bezpośredniéj dzieci odziedziczają tę samą chorobę co rodzice, w pośredniéj zaś przenoszą rodzice zdrowi, z rodzin chorobami dziedzicznemi dotkniętych, choroby swych przodków na swoje dzieci (*Atavismus*). Dziedziczność pośrednia jest w niektórych chorobach typową i prawie regułą (*Haemophilia, Daltonismus*). Choroby te omijają czasem parę pokoleń (3—4). 6) Wpływ matki na dziedziczność jest o wiele ważniejszym i gorszym. 7) Napotyka się ludzi i zwierzęta, które, na pozór zdrowe, płodzą dzieci z chorobami wrodzonemi. Przyczyną tego jest atawizm, lub właściwe jakieś zboczenie w narządach rodnych. 8) Choroby nabyte mogą się stać, choć rzadko, dziedzicznemi. 9) Przy rozstrzyganiu o dziedziczności jakiegoś cierpienia należy granice dziedziczności ustanowić jak najobszerniejszemi. Tego się często niesłusznie w praktyce lekarskiéj nie uwzględnia. Należy tutaj uwzględniać nietylko wpływ rodziców, dziadów, choroby rodzeństwa, ale także choroby krewnych na kilka pokoleń wstecz. 10) Małżeństwa pomiędzy krewnymi są bez wpływu ujemnego na potomków, jeżeli oboje rodzice są zdrowi. Przy usposobieniu chorobowém jednego z nich małżeństwa takie są szkodliwe i bardzo często są powodem dziedziczności chorób (od str. 271 do 294). *Dr. Kopff.*

Martin: **Drenowanie po operacyjach na otrzewnie.**

Jak w ogóle w chirurgii tak i co do operacyj w jamie brzusznéj z zaprowadzeniem postępowania przeciwgnilnego znaczne zaszły zmiany. Operacyje te zaczęto wykonywać bez porównania częściéj niż poprzednio i coraz nowsze podawano środki w celu polepszenia wyników. Jedną z takich nowości było zapobiegawcze drenowanie jamy brzusznéj po owaryjotomijach, wprowadzone przez Simsa w r. 1872. Postępowanie to zjednało sobie z początku bardzo licznych zwolenników, wkrótce jednak przekonano się, że nadzieje świetnych wyników nie ziściły się, a jeden z najgorliwszych zwolenników nowego postępowania Olshausen stał się wnet największym przeciwnikiem nowéj metody, która też wkrótce poszła w zapomnienie. Dopiero Bardenheuer w r. 1879 polecił ją na nowo opierając się na przypuszczeniu, zresztą niczém nieudowodnioném, że otrzewna, zwłaszcza po mocném podrażnieniu jéj śród operacyi, posiada ograniczoną tylko zdolność wsysania wydzielin powstałych właśnie z powodu owego zadrażnienia, że więc po każdéj operacyi musi się w jamie brzusznéj nagromadzić wydzielina, którą należy odprowadzić na zewnątrz, a do tego ma właśnie służyć dren zapobiegawczy. Tymczasem doświadczenia Wegnera, powtórzone przez Ponficka, wykazują bardzo dobitnie wielką zdolność otrzewny do wsysania płynów a spostrzeżenia kliniczne potwierdzają to samo. Zdarzają się bowiem dość często przypadki, że torbiel jajnikowy pęka do jamy brzusznéj, a ciecz wylana ulega wessaniu bez żadnych zboczeń organizmu, po operacyjach w jamie brzusznéj zostawiamy bardzo często mniéj lub więcéj obfitą ilość cieczy surowiczo-krwawéj, która również, przy pomyślnym zresztą przebiegu, ulega szybko wessaniu. Martin opisuje kilka przypadków, w których podczas operacyi wylała się do jamy brzusznéj treść ropna, nawet nieco cuchnąca, z pękniętego torbiela jajnikowego lub z trąbki, a przecie po dokładném obmyciu otrzewny kwasem karbolowym nie przyszło do rozlanego zapalenia otrzewny.

Zdanie zatém Bardenheuera o drażliwości téj błony i ograniczonéj jéj sile wsysania nie zgadza się z doświadczeniem kliniczném.

Zapobiegawcze drenowanie jamy brzusznéj uważa Martin za zbyteczne, nawet gdy po operacyi zostawić musimy miejsca ranne, niedające się pokryć otrzewną. Zważyć bowiem należy, że wielka zachodzi różnica między głębokiemi zatokowatemi ranami w częściach miękkich a ranami wśród jamy brzusznéj. Tam bez drenowania musi przyjść prawie zawsze do niebezpiecznéj zastoiny wydzielin, tu zaś mamy do czynienia z wielką powierzchnią zdrowéj otrzewny, która wsysa wydzielinę z rany, tak że zatrzymania jéj nie mamy potrzeby się obawiać, naturalnie jeżeliśmy przy saméj operacyi nie wprowadzili do jamy brzusznéj zarodków gnilnych. Zapobiegawcze drenowanie jamy brzusznéj przyjmuje więc Martin tylko w dwóch przypadkach. Po pierwsze jeżeli po operacyi zostanie jama zatokowata, zwłaszcza stojąca w połączeniu z jamą brzuszną, w któréj zmuszeni jesteśmy pozostawić tyle części ulegających łatwo gniciu, że jednorazowe opłukanie ich kwasem karbolowym uznać musimy już z góry za niedostateczne do powstrzymania w nich procesów gnilnych. Przypadek taki ma np. miejsce po operacyi ciąży zamacicznéj. W takich razach przeprowadza Martin dren od najniższéj części wspomnianéj jamy do pochwy, do któréj następnie wkłada tampon z waty salicylowéj. Następnie przestrzykuje pochwę codzień $1\frac{1}{2}\%$ rozczynem karbolu, jamę zaś samą wypłukuje M. przez dren tylko wtedy, gdy wydzielina zaczyna cuchnąć lub ogólne objawy jak dreszczyki i podwyższenie ciepłoty zmuszają do tego. Przepłukiwanie jam, zostających w połączeniu z otrzewną, uważa M. za niebezpieczne. Po upływie 5—6 dni dren sam wypada a z końcem 2go tygodnia jama brzuszna ma być już zawsze zamknięta.

W ostatnich 5 przypadkach używał M. jodoformu do wypełniania jamy rannéj i tamponowania pochwy, występujące jednak objawy zatrucia skłoniły go do zaniechania tego postępowania. (Zapewne do wypełniania jamy używano dużéj, zatém zbytecznéj, ilości jodoformu).

Powtóre używa M. zapobiegawczego drenowania w przypadkach wycięcia macicy przez pochwę, zatém gdy po operacyi musi pozostać połączenie otrzewny z pochwą choćby tylko przez nitki szwów. Tworzenie siatki nad wejściem do miednicy z nitek katgutowych, na któréj mają spoczywać jelita, jak to polecał Bardenheuer, uważa M. za niepraktyczne i niebezpieczne.

Co się tyczy drenowania następowego, tj. w okresie gdy w jamie brzusznéj nagromadzi się już wydzielina szko-

dliwa, to nie ulega wątpliwości, że postępowanie to jest bardzo racyjonalne, boć nic prostszego jak oddalić wydzielinę, jeżeli ona jest powodem groźnych objawów. Niestety postępowanie to bardzo rzadko uwieńczone bywa dobrym skutkiem; nie mamy bowiem pewnych objawów, któreby ostrzegały lekarza zaraz z początku o gromadzeniu się szkodliwéj wydzieliny, przychodzimy więc z pomocą zwykle zapóźno, a nadto dokładne drenowanie jamy brzusznéj z powodu licznych bardzo zaułków jest prawie niemożebne, a już odrobina pozostałéj gnijącéj wydzieliny wystarcza do wywołania śmiertelnego zejścia. (*Samml. klin. Vorträge* Nr. 219).

Dr. Schramm.

Wiadomosci pomniejsze.

(L. K.) A. Wernich, robił doświadczenia, czyby nie można kwasu siarkowego, dotąd powszechnie do dezinfekcyi używanego, zastąpić **bromem**. Wiadomo bowiem, że naczelny Urząd zdrowia państwa niemieckiego uznał, że kwas siarkowy wcale nie jest środkiem dezinfekcyjnym, któremuby pod każdym względem zaufać można. Urząd zdrowia powyższy zalecił wodę bromową. Autor sądzi jednak, że brom z wody bromowéj zanadto wolno się ulatnia, aby był w stanie rozwinąć w dostatecznéj sile własności dezinfekcyjne. Autor zaleca więc użycie miałkiéj krzemionki napojonéj bromem. Jedna objętość krzemionki potrzebuje do kompletnego napojenia 7 objętości bromu. Jeżeli naczynie środkiem tym wypełnione ustawi się gdzie wysoko, to pary bromu, będące gatunkowo cięższe, jednakowo się rozdzielają po przestrzeni, którą się poddaje dezinfekcyi. Autor robił daléj spostrzeżenia nad działaniem tego środka i sposobu dezinfekcyi na nitkach jedwabnych, napojonych płynem z prątkami wąglika, a poukładanych w różnem oddaleniu od naczynia, z którego wywiązywały się pary bromu. Nitkami temi zatruwano następnie króliki. Tym sposobem autor przychodzi do wniosku, że do dezinfekcyi większych przestrzeni potrzeba koniecznie kilku naczyń, z którychby się wywiązywały pary bromu w powyższy sposób; daléj oblicza, że na każdy sześcienny metr powietrza potrzeba 4 grm. bromu w postaci pary, aby sprawić zupełną dezinfekcyję. (*Deutsche med. Wochenschrift.* N. 16. 1882).

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie nadzwyczajne z d. 26 kwietnia 1882.
Przewodniczący: kol. doc. Jordan. Członków obecnych 17.

Wybrano jednomyślnie na Członka honorowego Towarzystwa prof. Dra Arlta we Wiedniu. *Dr. Jan Rosner.*

Posiedzenie IX z d. 10 maja 1882.
Przewodniczący kol. doc. Jordan. Członków obecnych 23.

1) Kol. Przewodniczący zawiadamia, że wysłał przedstawienie w sprawie Izb lekarskich na ręce Prezesa Koła polskiego p. Grocholskiego, a następnie że kol. Zarewicz zbierać będzie składki na portret śp. prof. Kozubowskiego.

2) Dr. Machek mówił o wartości leczniczéj jodoformu w chorobach ocznych.

Naprzód wspomina, iż Ravà pierwszy stósował jodoform w okulistyce i ogłosił swoje spostrzeżenia we włoskich rocznikach okulistycznych (1879). Drugim był Brettauer z Tryjestu, który wynik swoich badań odczytał na ostatnim Zjeździe okulistów w Heidelbergu. Do zastósowania jodoformu skłonił go następujący przypadek: u dziewczynki trzyletniéj, któréj siostra zmarła z gruźliczego zapalenia opon mózgowych, wystąpił na oku lewém, w miejscu odpowiadającém przyczepieniu się mięśnia prostego dolnego, mały nowotwór, który się, chociaż nieznacznie, powiększał. Po pewnym czasie rozpoznał Brettauer gruźlicę pierwotną spojówki gałkowéj. Nowotwór odcięto nożykiem Graefego, brzegi ranki wypalono i założono opaskę borową. Po tygodniu nastąpiła recydywa. Odtąd Brettauer codziennie pokrywał wzrastający nowotwór warstwą kryształków jodoformowych. Kierował się w tym przypadku zdaniem chirurgów, którzy, jak Mosetig, przyznają jodoformowi swoistą skuteczność w przypadkach wrzodów gruźliczych. Oko lek bardzo dobrze znosiło, wydzielina nieżytowa ustąpiła, nowotwór się zmniejszał, a we trzy miesiące nie było już śladu nowotworu. Gdy się Brettauer przekonał, że oko dobrze jodoform znosi, stósował lek także w innych chorobach oczu, tak w jednym przypadku łuszczki, w którym inne środki bez skutku pozostały. W tym przypadku po sześciotygodniowém zasypywaniu jodoformu bystrość wzroku się poprawiła z $^1/_{120}$ na $^1/_{20}$. Daléj stósował z dobrym skutkiem lek powyższy w przypadkach ostrych granulacyj z brakiem przybłonka na rogówce i w dwóch przypadkach zaciemnień rogówki (*sclerosirende interstitiale Keratitis*). Opierając się na tych doświadczeniach, twierdził Brettauer, że oko dobrze znosi jodoform w przypadkach chorób spojówki i rogówki, że zmniejsza ilość wydzieliny, że przyczynia się do wessania granulacyj, i że wreszcie wyjaśnia zaciemnienia rogówki.

W dyskusyi nad rozprawą Brettauera podał prof. Horner z Zurychu, że stósował jodoform w przypadkach gruźlicy spojówki ze skutkiem dobrym również jak i w przypadkach *Trachoma folliculare*, jak według wszelkiego prawdopodobieństwa nazywa przewlekły nieżyt spojówki z obrzmiałemi mieszkami, a więc *Conjunctivitis follicularis* Saemischa. Prof. Leber zaś podał, że asystent jego Dr. Deutschmann stósował lek w przypadkach *Keratitis cum hypopyo*, a Dr. Haase w przypadkach śluzoropotoku woreczka łzowego. Po przecięciu tegoż wprowadzał Haase jodoform do ranki i spostrzegał, że skutkiem tego ilość wydzieliny ropnéj się zmniejsza co przyspiesza wyleczenie.

Na Zjeździe okulistów w Heidelbergu wykładał prof. Sattler z Erlangi o przyczynie zapalenia jaglicowego, a wykład tegoż, chociaż nie wprost, pozostaje jednakże w ścisłym związku z doświadczeniami naszemi. Sattler wykazał, iż zapalenie jaglicowe powstaje skutkiem mikrokoków, które mieszkają w mieszkach i ziarnach jaglicowych lub w otoczeniu tychże. Szczepiącemu ciecze, w których mikrokoki hodował, udawało się niejako syntetycznie wywołać u człowieka zapalenie jaglicowe. W obec wyniku tych badań, które wskazywały, iż ustroje są przyczyną jaglicy, nasuwała się myśl, iż zadaniem leczenia zapalenia jaglicowego, nie może być jedynie drażnienie, celem sprowadzenia wessania, ale także działanie antyseptyczne, a tu się myśl spotkała znowu z jodoformem. O innych pracach dotyczących zastósowania jodoformu w okulistyce, a mianowicie Pajsderskiego, ucznia prof. Schirmera i Hirschberga, który spostrzegał niedoślep po zatruciu jodoformem (*Intoxicationsamblyopie*), wspominam tylko dla uzupełnienia całości; są to zresztą prace już późniejszéj daty niż nasze spostrzeżenia, w których nie ma ważniejszych wskazówek dotyczących zastósowania tego leku.

Z początkiem półrocza zimowego polecił prof. Rydel, aby stósować jodoform w klinice ruchoméj w odpowiednich przypadkach. Stósowałem lek ten w rozmaitych przypadkach chorób spojówkowych, rogówkowych i w chorobach woreczka łzowego. Do miesiąca grudnia wyrobiłem sobie przekonanie, że chorzy jodoform w przypadkach świeżéj jaglicy dobrze znoszą, że przyostre przypady ustępują, że chorzy dnia następnego czują ulgę, że natomiast chorzy cierpiący na nieżyt, na śluzoropotok przewlekły, na jaglicę w okresie zbliznowacenia (*stadium cicatrisationis Saemischa*) żadnéj ulgi nie spostrzegają. Odtąd pojedyńcze przypadki dokładnie notowano i z należytą ścisłością obserwowano. Z większéj ilości przypadków przytoczymy cztery historyje chorób, dwie pierwsze dotyczą zapalenia jaglicowego, trzecia wrzodu rogówkowego z nagromadzeniem ropy w przodkowéj komórce; czwarta zaś śluzoropotoku woreczka łzowego. Chorych cierpiących na zapalenie jaglicowe a leczonych jodoformem prelegent zgromadzonym przedstawił.

1) J. W., lat 16, zgłosiła się 12 grudnia 1881 do kliniki ruchoméj. Rozpoznano *Trachoma cum panno oc. utr.* Na spojówce powiek górnych widać wielką ilość ziarn jaglicowych mających 2—3 mm. w średnicy, blizko obok siebie poustawianych; na dolnych powiekach są także ziarna jaglicowe. lecz jest ich mniéj i są mniejsze. Widać je także na spojówce gałkowéj od góry. Górny brzeg rogówek zajmuje wał z ziarn jaglicowych blado-różowego koloru, naczynia spojówki gałkowéj przechodzą od góry na rogówkę, która od góry jest zaćmioną, chropowatą. Zaćmienie od góry wchodzi w obręb źrenicy. Pr. o. $S^6/_{60}$, Jg. Nr. 12; L. o. $S^6/_{36}$, Jaeg. Nr. 7. Zasypywano miałki proszek jodoformowy. Kilka razy przerywano leczenie, w części skutkiem objawów zadrażnienia, bólu, łzawienia, nastrzykania, w części zaś dlatego że chora nie przychodziła do kliniki. Stan oczu w dniu 9 maja był następujący: Na górnych powiekach blizny i drobne ziarna jaglicowe, naczynia rzęskowe od góry lekko nastrzykane, rogówka od góry w obu oczach chropowata; oprócz tego wykazać można większe zagłębienia, dołki, które odpowiadają większym gromadkom ziarn jaglicowych, które się wessały. Naczynia spojówkowe przechodzą na rogówkę, lecz nie dochodzą do téj części rogówki, która odpowiada brzegowi źrenicznemu. Wziernikiem można wykazać nierówności na powierzchni rogówki. Prawém i lewém okiem czyta $^6/_{12}$ z wyjątkiem dwóch liter i Nr. 1 Jaegera, chociaż nie bez trudności. Jeżeli dla porównania zestawimy bystrość wzroku w dniu 12 grudnia z bystrością wzroku w dniu 9 maja, to się pokazuje, iż się poprawiła z $^1/_{10}$ na $^5/_{10}$ na obu oczach

2) Benedykt Kostek, przyjęty do kliniki stałéj 24 stycznia z zapaleniem jaglicowém powiek z łuszczką. Na spojówce górnych powiek w rzędach poustawiane, blado-żółte ziarna jaglicowe. Naczynia rzęskowe nastrzykane. Przy górnym brzegu rogówki wał z ziarn jaglicowych. Powierzchnia rogówki nierówna, ćma, naczynia przechodzące ze spojówki gałkowéj na rogówkę rozgałęziają się na téjże drzewkowato. Krzywizna prawéj rogówki prawidłowa, lewa rogówka lekko wypuklona (*Keratectesia ex panno*). Prawém okiem liczy palce na półtora metra ($S^1/_{40}$) czyta Jaegera Nr. 19, lewém okiem liczy palce na $^3/_4$ metra ($S^1/_{80}$) czyta Jaegera Nr. 22. W klinice stałéj zasypywano choremu codziennie jodoform miałko sproszkowany. Dnia 9 maja był stan oczu następujący: Na spojówce górnych powiek tu i owdzie drobne ziarna jaglicowe, brodawki mocno przerosłe, rogówki się znacznie wyjaśniły, naczynia spojówkowe, które przechodzą na rogówkę, cieniutkie, powierzchnia rogówki dość gładka, ziarna jaglicowe, które przy brzegu rogówkowym tworzyły wał od góry, bez śladu się wessały. Prawém okiem rozpoznaje litery $^6/_{36}$ tablicy Snellena ($^7/_{40}$) i czyta Nr. 1 Jaegera, lewém okiem rozpoznaje literę E tablicy Snellena, czyta Nr. 9 Jaeg. Jeżeli dla porównania zestawimy bystrość wzroku przy przyjęciu z bystrością wzroku, jaką chory miał 9 maja, to się pokazuje, że na prawém oku bystrość wzroku się poprawiła siedem razy (z $^1/_{40}$ na $^7/_{40}$) na oku lewém zaś ośm razy (z $^1/_{80}$ na $^8/_{80}$).

3) M. Grabkowicz, l. 45, przyjęty 28 marca 1882 Rozpoznano: *Trachoma oc. utr. Blennorhoea sacci lacr., Ulcus corneae, Iritis et hypopyon oc. sin. Entropium spasticum palpeb. infer. oc. sinistri.* Wrzód miał 5 mm. w średnicy, ropa zapełnia dolną część przodowéj komórki do wysokości 3 mm. Leczenie: Kataplazmy, atropin, środki rozwalniające, maść szara na czoło. Jodoform zasypywano jako miałki proszek do woreczka spojówkowego i na wrzód. Trzeciego dnia tylne przyczepiny się przerwały. 3 kwietnia ciecz wodna czysta, *hypopyon* ustąpiło. 6 kwietnia obrzmienie powiek ustąpiło, przecięto przewódkę łzową. Odtąd codziennie sondowano przewód nosołzowy według Bowmana. 20 kwietnia: Dno płytkiego zagłębienia, mającego jeszcze w średnicy 4 mm., szare (tkanka łączna), oko blade, ziarn jaglicowych mniéj i mniejsze, zawinienie powieki ustąpiło, chory swobodnie patrzy. W przeciągu dni 22 podgoił się wrzód pomimo innych wikłających sprawę chorób ocznych w tym stopniu, iż chory mógł powrócić do swojéj pracy.

4) S., piętnastoletnia dziewczyna. Przed półtora rokiem zgłosiła się do kliniki ruchoméj z przetoką łzową. Sondowano przez dłuższy czas, poczém się przetoka zrosła, pozostało jednakże rozwiotczenie woreczka łzowego (*atonia sacci lacrym.*), chociaż numer szósty sondy Bowmana z łatwością przechodził. Z woreczka łzowego można wycisnąć wydzielinę szaro-zieloną, gęstą, od czasu do czasu ropną. Ponieważ wejście do woreczka łzowego było przestrone, wstrzykiwałem do tegoż za pomocą strzykawki szklanéj z wązkiém ujściem, zawiesinę jodoformu według przepisu Mikulicza (*Jodoformii 10·0, Olei olivar. 40·0, Glycerini 80·0*). Po dziesięciu wstrzyknięciach wydzielina była czysto śluzowo-łzową, chora czuła znaczną ulgę, atonia jednak woreczka łzowego pozostała.

Według powyższych spostrzeżeń, które jak najtreściwiéj podałem i pewnéj ilości innych, które dla skrócenia rzeczy pomijam, wartość jodoformu jako środka leczniczego w chorobach ocznych da się streścić w następujących twierdzeniach:

1) Jodoform leczy przewlekłe zapalenie jaglicowe (*Conjunctivitis granulosa simplex Saemischa*, *Trachoma verum Arlta*). Jest więc wskazany tam, gdzie stósowaliśmy siarkan miedzi. Jodoform ma przed siarkanem tę korzyść, iż leczenie jest bezbolesne. Działa także wyjaśniająco na rogówkę, która skutkiem łuszczki utraciła przeźroczystość. Czy jodoform całkowicie leczy jaglicę, obecnie jeszcze rozstrzygnąć nie można. Zdaje się, że w przypadkach, gdzie po zastósowaniu jodoformu grubsze ziarna jaglicowe się wessały a pozostały tylko przeważnie przerosłe brodawki, trzeba się będzie uciec do azotanu srebra celem zupełnego wyleczenia chorego.

2) Jodoform przyspiesza wygojenie wrzodów zakaźnych w rogówce, wikłające zaś wrzód rogówkowy zapalenie tęczówki nie przeciwwskazuje zastósowania jodoformu. Wrzody zakaźne napotykamy u chorych cierpiących na przewlekłe sprawy zapalne spojówek po zadziałaniu urazu, jeżeli utrata przybłonka nastąpiła, i u chorych cierpiących na śluzoropotok woreczka łzowego, u których już najmniejsza utrata przybłonka rogówkowego daje powód do powstawania nacieków ropnych i wrzodów.

3) Działa korzystnie na wydzielinę woreczka łzowego, zmieniając wydzielinę śluzowo-ropiastą na wydzielinę śluzową.

5) Jodoform wreszcie nie zmniejsza ilości wydzieliny w przypadkach nieżytów spojówki i w przypadkach przewlekłego śluzoropotoku.

Do własności utrudniających stósowanie jodoformu zaliczyć trzeba woń bardzo silną a dla wielu nieprzyjemną. Przymieszka garbnika w stosunku 1 do 100 według Niedena, lub kropli olejku bergamotowego na kilka gramów jodoformu, jak radzi Mikulicz, w części tylko przykrą woń leku przygłusza. W ostatnich tygodniach wkładaliśmy łuskę *Fabae toncae* do słoika z jodoformem. skutkiem czego proszek przyjmował woń aromatyczną łuski.

W pewnéj ilości przypadków przypuścić trzeba idyjosynkrazyję, skutkiem któréj już po małych dawkach występują objawy zatrucia. Przytoczę jeden przypadek: M. zegarmistrz, lat około 50, cierpiał na zapalenie jaglicowe. Leczono go siarkanem miedzi. Obecnie pozostały tylko blizny w spojówce i przewlekły nieżyt z obfitą wydzieliną śluzowo-łzową. Idąc za radą Brettauera, który twierdził, iż jodoform ilość wydzieliny zmniejsza, zasypałem jodoform. Chory po jednorazowém zasypaniu przez dwa dni czuł przygnębienie, bóle głowy, brak apetytu, drugiego dnia jeszcze wymiotował, tętno było trzeciego dnia jeszcze przyspieszone. W innych przypadkach działa jodoform zbiorowo, jak np. strychnin. Objawy zatrucia występują po dłuższém użyciu. Chora cierpiąca na zapalenie jaglicowe, któréj historyję choroby wyżéj podałem, po trzechmiesięczném zasypywaniu jodoformu, dostawała bólów głowy nad oczodołami i w skroniach, które ustępowały, jeżeli stósowanie leku przerwano. O podobnych przypadkach mówił także prof. Rydel. Cięższych objawów zatrucia odnoszących się do zboczeń mózgowych albo występujących jako obłąkanie nie spostrzegaliśmy. Można to z góry było przewidzieć ze względu na małe dawki jodoformu, jakie stósowaliśmy, a wreszcie ze względu, że przerywaliśmy leczenie, ilekroć się pojawiały pierwsze objawy zatrucia. Aby zrozumieć wpływ jodoformu w chorobach, w których środek ten ze skutkiem stósowaliśmy, wystarczy odwołać się do przeciwgnilnych a w części także do drażniących własności tegoż (we worku spojówkowym). Czy jodoform zasypany do worka spojówkowego wnika do organizmu, jest rzeczą wątpliwą. W moczu chorego Kostka (2), któremu kilka miesięcy jodoform do oczu się zasypuje, jodu w moczu nie wykryto (Dr. Kopff). Zdaniem zaś Binza i Högyesa można w razie wcielenia jodoformu w organizm, tenże w kształcie soli jodowych w moczu wykazać.

Prof. Rydel w dyskusyi nad tym przedmiotem nadmienia, że Mooren ostatniemi czasy używa w jaglicy jodoformu z dobrym skutkiem. Tenże stósuje środek ten w rozczynie 5,00 na 30,00 *Collod.*, nacierając za pomocą pędzelka skórę powiek, a nazajutrz zmywając miejsca te eterem octowym, co powtarza przez czas dłuższy. Mooren zaleca również 0,15 *Jodof.* na 10,00 *Vaselin.* z dodatkiem olejku eterycznego, którą to maść wciera się w spojówkę. Ból silny, ztąd powstały, uśmierza za pomocą zimnych okładów. Po obu sposobach stósowania leku rzeczonego otrzymywał wyniki pomyślne. Prof. Rydel przytacza przypadek z praktyki prywatnéj, w którym po siarkanie miedzi stósował jodoform, z powodu jednak silnych bólów, które wkrótce po każdorazowém użyciu jodoformu występowały, dalszego używania środka tego w tym przypadku zaniechał. Proszek więcéj miałki, u tego samego indywiduum użyty, tak samo bóle sprawiał; granulacyje jednak bladły i malały prawie widocznie.

W dyskusyi nad tym przedmiotem przemawiali jeszcze koll: Obaliński, Murdzieński i Warschauer. (Dok. nast.)

VI. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

Komisyja sanitarna krakowska odbyła w d. 10, 14 i 17 b. m. posiedzenia, na których fizyk miejski Dr. Buszek zdawał sprawę z czynności bieżących załatwionych od ostatniego zebrania się i podał do wiadomości cyfry odnoszące się do chorób zakaźnych i śmiertelności w Krakowie w miesiącu wrześniu b. r. Choroby zakaźne występowały bardzo nielicznie i przebiegały nader łagodnie, śmiertelność zaś była nadzwyczaj mała tak, iż Kraków od kilku miesięcy zaliczyć wypada do miast najzdrowszych. Tenże zawiadomił, iż pod przewodnictwem Radcy miasta Dra Domańskiego odbywa się daléj rewizyja lekarska szkół krakowskich, któréj wypadek po ukończeniu przedstawi się Komisyi sanitarnéj, tudzież iż w myśl wniosku uczynionego na poprzedniém posiedzeniu przez Radcę miasta Dra Pareńskiego postarano się o poprawę wychodków publicznych. Następnie zajęto się projektem instrukcyi dla miejskiéj służby zdrowia w Krakowie przedłożonym przez r. m. Dra Domańskiego w imieniu właściwéj podkomisyi. Do dłuższéj dyskusyi dał powód punkt zasadniczy, według którego fizyk miejski jest naczelnikiem całéj miejskiéj służby zdrowia a tém samém ma prawo kontroli nad podległemi sobie organami lekarskiemi miejskiemi i może im w razie potrzeby odpowiednie wydać polecenia. Punkt ten przyjęli jednomyślnie członkowie komisyi mający głos stanowczy. Również zgodnie z projektem zapewniono fizykowi miejskiemu należyty wpływ we wszelkich sprawach budowniczych mogących mieć znaczenie pod względem higijenicznym i głos stanowczy w sprawach lekarskich na posiedzeniu magistratu. W instrukcyi dla lekarzy obwodowych podwyższono wynagrodzenie za oglądanie zwłok, dla zapobieżenia nadużyciom ograniczono ich bezpłatną pomoc lekarską do rzeczywiście ubogich i do chorób nie wymagających ani bardzo specyjalnych wiadomości lekarskich ani operacyj, których nie można żądać od lekarzy obwodowych i u chorych, którzy nie znajdują się w odpowiednich warunkach. Uważając, iż policyja weterynarska jest także częścią służby zdrowia, poddano weterynarza miejskiego pod kontrolę fizyka, dano mu atoli należytą samodzielność w sprawach weterynarskich i głos w nich stanowczy na posiedzeniach magistratu w razie nieobecności fizyka. Tymczasową instrukcyję dla akuszerki miejskiéj wypracowaną przez magistrat przyjęto z bardzo nieznacznemi zmianami. Materyjał policyjno-lekarski pod względem zwłok zapewniono katedrze medycyny sądowéj a tém samém zaradzono w pewnéj części rzeczywistéj potrzebie uczącéj się tego przedmiotu młodzieży. Na sprawozdawcę na pełnéj Radzie przyjętéj w ten sposób konstrukcyi wyznaczono r. m. Dra Domańskiego. Na koniec przyjęto jednomyślnie wniosek tegoż Radcy, według którego ze względu na wielką ważność mleka pod względem tak dyjetetycznym jak i terapeutycznym polecono fizykowi miasta przedstawić komisyi sanitarnéj projekt zaprowadzenia stosownéj, z dzisiejszym stanem nauki zgodnéj kontroli nad mlekiem w Krakowie sprzedawaném i urządzenia składu mleka wzorowego, wszelkim słusznym wymaganiom lekarskim w zupełności odpowiadającego.

Statystyka epidemij. W tygodniu od 1—7 października umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: 24,4 (19,2 z. t.). Z blonicy umarło 1 (1 z. t.); z duru brzusznego 1 (0 z. t.): z gorączki połogowéj 1 (0 z. t.); z czerwonki 1 (0 z. t.); z zimnicy 1 (0 z. t.) Doniesiono w tymże czasie o 1 przypadku duru brzusznego. W tygodniu od 24—30 września ospa złagodniała w Londynie. Świeżo zapadło 18, umarło 7. Leczyło się w szpitalach 85. W Wiedniu umarło 6, w Paryżu 3, w Petersburgu 9, w Warszawie 14, w Madrycie 21. Dur brzuszny utrzymuje się niezmieniony w Paryżu. Dur osutkowy pojawia się sporadycznie w większych miastach. Biegunka mniej zabierała ofiar.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 24—30 września umarło wedle obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 19,2; we Lwowie 27,8; w Poznaniu 43,4; w Wiedniu 20,0; w Budapeszcie 24,1; w Pradze 23,9; w Tryjeście 26,6; w Berlinie 25,4; w Wrocławiu 30,6; w Mnichowie 26,9; w Gdańsku 27,4; w Dreźnie 21,3; w Lipsku 19,7; w Bazylei 17,1; w Brukseli 22,3; w Amsterdamie 19,5; w Hadze 21,5; w Paryżu 21,9; w Londynie 19,4; w Kopenhadze 24,1; w Stokholmie 16,4; w Chrystyjanii 14,9; w Petersburgu 28,0; w Odesie 43 4; w Rzymie 21,5; w Wenecyi 26.3; w Bukareszcie 23,9; w Madrycie 35,3; w Nowym Yorku 25,5; w Filadelfii 21,6; w Bombayu 24,0; w Madrasie 35,0. *J. B.*

VII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 18 października. Klinika chirurgiczna otwartą została przed kilku dniami równocześnie z innemi klinikami; nie rozpoczęły się atoli jeszcze wykłady z powodu, że adaptacyje, zarządzone na życzenie nowomianowanego profesora, dotychczas w sali wykładowéj jeszcze nie są ukończone. Na posiedzeniu sobotniém Wydział Lekarski zamianuje 1go asystenta, a w poniedziałek dn. 23 bm. prof. Mikulicz będzie miał wykład swój wstępny, który ogłosimy w numerze przyszłym Przeglądu Lek.

* Szanowna Redakcyja *Gazety Lekarskiéj*, wychodzącéj w Warszawie, teraz dopiero konstatuje fakt, że w każdym numerze podajemy tytuły prac oryginalnych, drukowanych w pismach polskich, i teraz dopiero przypomina sobie, że „niejednokrotnie" do tytułów prac drukowanych w *Gazecie Lekarskiéj* dodawaliśmy wykrzykniki; nie mogąc jednak zrozumieć powodu takiego postępowania posądza nas o dyskredytowanie z góry, bez przeczytania, artykułu opatrzonego takim znakiem i uznaje taki sposób krytykowania za lekkomyślny i nieodpowiedni. Nie uwierzyliśmy własnym oczom czytając tę reprymendę. A więc nas obwinia szan. koleżanka o lekkomyślne krytykowanie prac nieczytanych; oczywiście nie dopisuje jéj pamięć, gdy ona nam podobny czyni zarzut. Wierzymy, że postępowanie nasze mogło jéj być przykrém, ale ubolewamy nad tém, że ono nie wywołało skutku, który wywołać zamierzyliśmy, to jest nie wpłynęło dotychczas na postępowanie szan. koleżanki. Ponieważ, jak widzimy, tak mało jest domyślną, nie zawadzi, jeżeli szan. Redakcyi *Gazety Lekarskiéj* jasno wytłumaczymy, o co się rozchodzi. Nasamprzód przytoczymy małą antologiję tytułów, opatrzonych przez nas wykrzyknikami, a więc stanowiących *corpus nostri delicti*: „Kilka słów o określeniu stopnia i przyrody kwaśności zawartości żołądka" (Nr. 3 Gaz. Lek.) „Jodoform przy wilku" (Nr. 27). Przepuklina pachwinowa skośna zewnętrzna mięszana uwięziona" (Nr. 38). Czy teraz szan. koleżanka jeszcze się nie domyśla znaczenia wykrzykników? Czy zamiast „stopnia i przyrody kwaśności zawartości żołądka" nie należało napisać po polsku „stopnia i przyrody treści kwaśnéj żołądka?" Czy „Jodoform przy wilku" nie zmusza każdego mówiącego i piszącego po polsku do mimowolnego zapytania: Czy mowa o jodoformie, który siedzi lub leży przy wilku, i czy nie należało napisać np. „Leczenie wilka jodoformem"? A czy w ostatnim przypadku bombastyczne nadużycie epitetów nie przypomina łokciowych nazwisk hiszpańskich? Wykrzykniki nasze są więc tylko okrzykiem boleści, który się wyrywa z piersi każdego, miłującego piękną mowę naszą, na widok poniewierki, na którą ten najdroższy nasz skarb skazany jest z woli rodaków, a nie tyczą się wcale wartości naukowéj prac, umieszczanych w *Gazecie Lekarskiéj*, ani nawet niepoprawności języka, która w rozprawach często jest uderzającą; ograniczają się one do nagłó-

wków, które w piśmie naszém powtarzamy. Albo czy można być obojętnym na takie herezyje językowe, jak np. „c h o r o b y s u t e k, o c z ó w“, „d o w e w n ą t r z j o d e k p o t a s u“, „t r z y a n t h r a x y“ itd, itd. Niechaj się szan. koležanka zastanowi raz nad pytaniem, coby powiedziano w Niemczech lub we Francyi, gdyby poważne czasopismo naukowe nie przestrzegalo czystości języka, gdyby już nie powiemy w każdym numerze, ale choćby raz i drugi wykroczyło przeciwko gramatyce i składni? Tam podobne lekceważenie języka wywołałoby powszechne oburzenie, podczas gdy u nas nawoływanie do przestrzegania świętego obowiązku nietylko że pozostaje bezskutecznėm ale naraża na zarzut l e k k o m y ś l n o ś c i. Na jaki zaś zarzut zasługuje ten, który nielitościwie trwoni ostatki mienia, odziedziczonego po przodkach?

* **Wiadomości osobowe**. Posadę chirurga oddziału kobiecego w szpitalu Dzieciątka Jezus w Warszawie otrzymał Dr. M a t l a k o w s k i.

* **Nekrologia**. W Pizie umarł Dr. P r u n n e r b e y, b. lekarz przyboczny wicekróla egipskiego.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 41: G a j k i e w i c z a: Przypadek porażenia Landryego zakończony wyzdrowieniem; — W o l f r a m a: (z kliniki prof. Korczyńskiego): Zachowanie się ciężaru ciała w chorobach gorączkowych ostrych (c. d.); — R o t h e g o: Otrucie wyskokowe, jego wpływ na rozwój chorób umysłowych (c. d.). — W *Medycynie* Nr. 41: J a w o r s k i e g o: Doświadczenia nad ilościowém znikaniem rozczynów niektórych soli z żołądka ludzkiego (c. d.); B e l k e g o: Przymiot z przebiegiem złośliwym. — W *Przewodniku gimnast.* Nr. 10: Ż u l i ń s k i e g o: Ruch mięśniowy i wpływ jego na zdrowie człowieka (c. d.)

Redakcyja otrzymała:

Dr.: L. RYDYGIER (w Chełmnie n./W.) Uiber Pylorusresection (*Volkmanns Sammlung klin. Vorträge* Nr. 220), Lipsk 1882, in 8vo str. 40 z tabl. podwójną.

T e n ż e: Vorstellung eines Falles von geheilter Pylorusres ction wegen Magengeschwür nebst Demonstration des Präparates. (Osobne odbicie z *Langenbecka archiwu* t. 28, z. 2 in 8vo str. 4 z tablicą).

Dr. A. KWAŚNICKI: II Zjazd lekarzy i przyrodników czeskich w Pradze. (Osobne odbicie z Przeglądu Lek.) Kraków 1882, in 8vo str. 72.

Dr. Alex. HOLLÄNDER: Zur Lehre von der Moral insanity. (Osobne odbicie z *Wiener med. Jahrb.* 1882) in 8vo str. 18.

T e n ż e: Ein Beitrag zur Lehre von der conträren Sexualempfindung. (Osobne odbicie z *Allg. W. med. Ztg.* 1882) in 8vo str. 14.

Dr. A. SCHLEMMER: Beitrag zur Beurtheilung der Körperverletzungen im Sinne des §. 129 der östr. SPO. (Odbicie z *Viertelj. f. ger. Medicin* 1882) in 8vo str. 80.

Towarzystwo lek. krak. odbędzie we Ś r o d ę d. 25 b. m. w sali Akademii Umiejętności posiedzenie zwyczajne, na którém kol. prof. Browicz mówić będzie „o w a r t o ś c i d y j a g n o s t y c z n é j p r ą t k ó w g r u ż l i c z y c h.“

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Ogłoszenie konkursu.

Na mocy rozporządzenia Wysokiego Wydziału krajowego z d. 11 Października rb. L. 48457 wydanego w skutek uchwały Wysokiego Sejmu z dnia 30 Września rb., rozpisuje się konkurs na posadę Prymaryjusza oddziału chirurgicznego przy naszym szpitalu.

Posada ta jest stałą. do której przywiązaną płaca rocznie 1.200 złr. w. a., z prawem podwyższenia jéj o 200 złr. w. a. po upływie każdych pięciu lat zadowalającej służby.

Ubiegający się o tę posadę winni wykazać:

1) Wiek, stan i miejsce urodzenia.

2) Uzyskany lub zatwierdzony stopień doktora medycyny i chirurgii, lub wszech nauk lekarskich, na jednéj z Wszechnic państwa austryjackiego, jak niemniéj praktykę szpitalną w dziale chorób chirurgicznych.

3) Dotychczasowe zatrudnienie i znajomość języków krajowych.

Podania wnosić należy najdaléj do końca Listopada rb. na ręce Dyrekcyi Szpitala powszechnego we Lwowie, bezpośrednio lub za pośrednictwem swéj władzy przełożonéj, jeśli kandydat zostaje w służbie publicznéj.

Z Dyrekcyi krajowego Szpitala powszechnego we Lwowie.

Lwów dnia 17 Października 1882 r.

Dr. Głowacki.

KONKURS.

Niniejszém rozpisuje się konkurs na posadę asystenta przy katedrze F a r m a k o l o g i i i F a r m a k o g n o z y i c. k. Szkoły weterynaryjnéj we Lwowie na lat dwa, licząc od dnia 1 Października 1882.

Z posadą tą połączona jest płaca **600** złr. w. a. rocznie.

Podania należycie poparte, między innemi i dowodem dokładnéj znajomości języka polskiego, wnosić należy najpóźniéj do dnia 15 Listopada rb. na ręce Dyrektora Szkoły.

Lwów dnia 13 Października 1882.

KONKURS.

Niniejszém rozpisuje się konkurs na posadę asystenta przy katedrze a n a t o m i i o p i s o w é j c. k. Skoły weterynaryi we Lwowie, na lat dwa, licząc od dnia 1 Października 1882.

Z posadą tą połączona jest płaca **500** złr. w. a. rocznie.

Podania należycie poparte, między innemi i dowodem dokładnéj znajomości języka polskiego, wnosić należy najpóźniéj do dnia 15 Listopada rb. na ręce Dyrektora Szkoły.

Lwów dnia 13 Października 1882.

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Ignacego Stelcla.